

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1905

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 18 juillet 1905, à 1 heure

PAR

KRUYT

Traitement psychothérapique

DE

LA MORPHINOMANIE

(Méthode de Joffroy)

Président : M. JOFFROY, Professeur.

Juges : MM. {
ACHARD, Agrégé.
DUPRÉ, Agrégé.
CARNOT, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	UTINEL
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER
	BERGER.
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	PINARD.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY	DUPRE	LEGREY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	Travaux anatomiques.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Pour son secours précieux.

A MA FEMME

Pour sa vie de sacrifice.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de clinique médicale
Médecin de l'Asile Sainte-Anne
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

A plusieurs reprises, en suivant le service de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, à l'asile Sainte-Anne, nous avons été frappé de la facilité avec laquelle de vieux morphinomanes invétérés étaient débarrassés de leurs habitudes toxico-maniaques sans presque présenter aucune douleur, ni aucun de ces symptômes si alarmants de la période d'abstinence.

Au cours des années 1904 et 1905, M. le professeur Joffroy eut l'occasion, en présentant plusieurs de ses malades, de rappeler quels étaient les principes de la méthode de démorphinisation qui lui permettaient d'obtenir des résultats aussi favorables. Cette méthode dénommée psychothérapique par son auteur, n'a été exposée jusqu'ici qu'en de brèves notes à la *Société médicale des hôpitaux* (séance du 10 novembre 1899) et à la *Société médico-psychologique* (séance de février 1902). M. le professeur Joffroy a bien voulu nous autoriser à exposer dans notre thèse inaugurale le détail de sa méthode thérapeutique : les détails ont une particulière importance dans un traitement qui s'adresse à des ma-

lades souvent intelligents, toujours menteurs et insociables, et qui ne peuvent être guéris sans d'infinies précautions contre leur perpétuel désir de supercherie. C'est après avoir reconnu dans la pratique l'utilité de ces menues précautions et de tous ces détails techniques que nous avons compris l'intérêt de l'exposé que nous entreprenons.

Ce travail est entièrement inspiré par l'enseignement clinique de M. le professeur Joffroy ; c'est dans son service que nous avons recueilli les observations inédites qui y sont annexées. Pour toutes ces raisons et pour le bienveillant accueil qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner, nous tenons à le remercier sincèrement, ainsi que du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions aussi M. le docteur Pierre Roy, chef de clinique, des conseils qu'il a bien voulu nous donner pour la rédaction de cette thèse.

*
* *

En terminant nos études nous tenons à remercier tous les maîtres qui ont bien voulu s'intéresser à nos débuts dans la carrière médicale.

En particulier, nous voulons dire à M. le professeur Kirmisson et à M. le docteur Doléris, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, toute la reconnaissance que nous leur gardons pour leur enseignement pratique

de la chirurgie infantile et de la gynécologie et, d'autre part, pour les marques d'affection personnelle qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

Nous avons aussi profité de l'expérience chimique et des autopsies si minutieuses de M. le docteur Moutard-Martin, de la science si aimable de M. le professeur agrégé Thiroloix, des agréables leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur agrégé Schwartz, des conférences si claires de MM. les professeurs agrégés Thiéry, Rieffel, Gosset et Cunéo. L'activité entraînant de M. le docteur Rudeaux nous a fait aimer l'art des accouchements. Que chacun de ces maîtres veuille bien recevoir l'expression très sincère de notre gratitude.

Enfin nous tenons à remercier également M. le docteur Grisel qui a su nous captiver par son sang-froid chirurgical et l'aménité de son caractère, M. le docteur Henneguy qui sait si agréablement mêler l'art à la science, M. le docteur Cathelin et MM. Duclos, Bréchet, Hébert et Morisetti, internes des hôpitaux, qui se sont toujours montré d'une grande amabilité à notre égard.

PREMIÈRE PARTIE

Les difficultés du traitement de la morphinomanie. Les méthodes classiques ; leurs inconvénients.

Il importe essentiellement, dès le début de cette étude, de différencier l'intoxication morphinique, ou *morphinisme*, de la *morphinomanie*. Tout individu qui prend de la morphine à doses plus ou moins élevées devient un morphinique. La morphinomanie au contraire ne commence qu'avec le *besoin* d'une dose nouvelle de poison. Cet état de besoin, propre à la morphinomanie, constitue précisément la grande difficulté de la guérison de cette affection.

C'est là un caractère qu'on ne retrouve pas dans les autres modes d'intoxication par les opiacés, au moins à un degré aussi accentué. Les mangeurs ou fumeurs d'opium, les buveurs de laudanum, etc., en restent généralement à la période *euphorique* ou période *d'intoxication discontinue* ou *continue*. Au contraire, avec les injections sous-cutanées de morphine, une dernière période suit presque fatalement les précédentes ; c'est celle de la *morphinomanie*, caractérisée par le besoin irrésistible et anxieux

de nouvelles injections. Le mode d'intoxication a donc une grande importance en l'espèce. « Ce qui domine l'histoire de la morphinomanie, écrit M. Joffroy, c'est le fait de la *piqûre*, qui verse brutalement le poison dans l'organisme. Le choc nerveux qui suit l'injection d'une manière presque foudroyante, voilà ce qui est spécial à l'intoxication morphinique et qui différencie nettement le morphinomane de l'opiophage. D'ailleurs quand le morphinomane arrive à cette phase d'intoxication, le plaisir disparaît pour faire place à la seule nécessité impérieuse et inexorable, nécessairement en quête des sensations disparues, il cherche à les retrouver et il ne les retrouve que dans une brusquerie plus grande que la piqure, dans une sorte de *traumatisme morphinique* plus violent. C'est à l'injection qu'il s'adresse toujours, non plus sous-cutanée, mais intra-veineuse. L'introduction brusque de la morphine dans le sang, son contact pour ainsi dire immédiat avec les éléments nerveux, sont en effet, seuls capables de rendre au patient ce que l'on a appelé la « virginité morphinique(1). »

On s'explique donc que l'histoire de la morphinomanie et de son traitement soit de date très récente, puisqu'elle se rattache bien moins à l'emploi thérapeutique des opiacés qu'à la découverte des injections sous-cutanées médicamenteuses.

(1) A. Joffroy. De la morphinomanie et de son traitement. Leçons faites à l'Asile Sainte-Anne, en janvier 1897, recueillies par Anthaume. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 19 nov., 3 et 10 déc. 1899.

M. Joffroy a rappelé les dates essentielles de l'histoire de la morphinomanie :

1826. Lafargue inaugure la méthode des injections sous-cutanées.

1844. Rynd injecte sous la peau des injections médicamenteuses.

1053. Wood pratique la première injection sous-cutanée de laudanum et de morphine.

1859. Richet introduit en France la pratique de Wood.

1872. Lœhr décrit le premier la morphinomanie.

On voit par ce tableau chronologique particulièrement édifiant, qu'il n'a guère fallu plus de dix années pour que passe dans la pratique courante une méthode thérapeutique d'abord purement médicale, et même pour que les abus de cette pratique puissent être déjà signalés.

Depuis 1872, la morphinomanie a donc acquis son existence légale en pathologie.

On sait les progrès énormes de cette affection dans toutes les classes de la société, puisque la souffrance, qui généralement lui donne naissance, n'épargne aucun milieu social ; mais on sait aussi que ses progrès ont été particulièrement sensibles chez les médecins, (« la morphine, est l'absinthe du médecin », a dit Lacassagne), leurs femmes, leur entourage (infirmiers, religieuses), chez les pharmaciens, les soldats, les marins, les prostituées, les hommes de lettres, les artistes, les oisifs, les névropathes, etc.

Quelle que soit d'ailleurs la classe sociale à laquelle

appartient le morphinomane qui vient demander à se guérir, les difficultés du traitement restent les mêmes. Elles dépendent uniquement de l'état de *besoin* plus ou moins grave auquel tout morphinomane privé brusquement de son poison est exposé.

Le morphinomane a, suivant l'expression de Charcot, un « *besoin vital* » de morphine. La morphine est pour lui un aliment indispensable à son existence; les éléments de son système nerveux, imprégnés du toxique (ce qui a été chimiquement vérifié du reste), et accoutumés à son concours, ne peuvent plus entrer en plein exercice que sous son influence et souffrent de sa diminution, comme souffre un malade privé de sang oxygéné et de matériaux primitifs (Chambard). Privé de morphine, le morphinomane éprouve toutes les sensations de l'homme affamé ou mourant de soif : il vaquait à ses occupations habituelles, soutenait avec entrain une conversation; quand brusquement il devient inquiet, son attention s'échappe, il renonce à sa tâche et donne les marques d'une irritation ou d'une anxiété de plus en plus vive. Mais, en même temps que ces modifications de l'humeur, on note divers troubles somatiques : la face pâlit, se couvre d'une sueur froide, parfois visqueuse; la respiration se ralentit, elle devient pénible, suspirieuse; des baillements réitérés et incoercibles surviennent; le pouls est faible, dépressible, irrégulier.

Tous ces troubles disparaissent par enchantement, sous l'influence d'une seule injection de morphine. La faim est calmée, au moins pour un temps.

Ce tableau des désordres psychiques et physiques occasionnés par le retard d'une injection de morphine chez un morphinomane est d'observation courante, mais ne peut guère être reconnu que par un observateur averti.

Au contraire, les troubles peuvent s'accroître et prendre parfois une allure extrêmement grave. Il s'agit d'ordinaire de morphinomanes intoxiqués de longue date et à forte dose, présentant depuis longtemps des troubles du caractère les rendant absolument insociables (querelles incessantes des ménages de morphinomanes), et qui ont épuisé toutes les ruses, inventions, supplications, etc., pour arriver à se procurer leur poison *vital*. Arrivé à cette période, le morphinomane voit baisser notablement ses facultés intellectuelles : sa besogne habituelle, ses travaux littéraires ou artistiques les plus aimés, il les néglige par paresse, indifférence, aboulie : il reste des journées entières plongé dans un état de somnolence, d'où il sort complètement impuissant, inapte à tout travail physique et intellectuel et souvent amnésique. « Je pourrais rapporter, écrit le professeur Joffroy, l'histoire attristante de savants, de littérateurs, d'artistes, de médecins, etc., dont l'avenir apparaissait plein de promesses et qui furent frappés d'une complète impuissance intellectuelle pour avoir cédé à l'attrait de la morphine ».

Pourtant le morphinomane se rend compte souvent lui-même de sa déchéance ; et c'est lui-même qui demande à ce qu'on le guérisse de son affection. Mais ce désir de guérison, occasionné soit par un accès de tristesse et de

remords, soit par les difficultés croissantes qu'il éprouve à renouveler sa provision de morphine, n'est souvent qu'une simple ébauche de vouloir, un sentiment passager qui cèdera devant le plus petit obstacle ou la plus légère douleur, et que le médecin fera bien d'affermir par d'utiles précautions contre le retour d'une volonté contraire.

Le morphinomane essaye d'abord de se guérir lui-même : pendant quelques jours il s'efforce de rationner sa dose quotidienne, de supprimer une ou deux injections ; mais bientôt il perd courage et devant le retour de ses douleurs, il n'hésite pas à revenir à une dose encore plus forte que celle qu'il voulait diminuer au début.

Puis, ce morphinomane, qui essaya en vain de se guérir lui-même, s'adresse à un médecin pour suppléer à sa volonté impuissante. Souvent le médecin tente de renouveler à domicile la même diminution progressive des doses quotidiennes de morphine. Et presque toujours cette nouvelle tentative échoue à son tour devant les tromperies d'un malade insuffisamment surveillé par les siens.

Las de ces tentatives infructueuses, le morphinomane commence à se rendre compte que sa cure présente des difficultés qu'il ne soupçonnait pas. Il s'adresse alors à une maison de santé ouverte ou fermée ; et c'est là seulement qu'il peut-être soumis à un traitement un peu plus sérieux.

Trois méthodes classiques de traitement sont actuellement employées par les différents auteurs :

1° La méthode de *suppression brusque* (Levinstein).

2° La méthode de la *suppression rapide* (Erlenmeyer).

3° La méthode de la *suppression lente*.

I. — Cette dernière méthode, qui consiste à diminuer chaque jour d'une très petite quantité (1 ou 2 centigr.), la dose de morphine injectée la veille, est la méthode la plus ancienne, mais généralement la moins bonne. En effet, si, comme il est de règle chez les vieux morphinomanes, la dose quotidienne atteint 1 gramme, 2 grammes, etc., on voit que la guérison ne pourra être obtenue qu'au bout d'un temps fort long. Cela dure des semaines, des mois ; le malade se décourage ; le médecin qui note un jour quelques petits symptômes d'abstinence, est obligé de céder, de retarder la suppression progressive irrégulière, de retourner en arrière. Tous les malades ont commencé à se traiter ainsi d'eux mêmes, ou avec le concours de leur médecin, à domicile.

D'ailleurs, malgré sa longue durée, et lors même que le malade consent à prolonger ainsi son isolement, la méthode lente ne met pas toujours à l'abri des symptômes d'abstinence ; ils sont toujours peu marqués, mais chez certains malades, ils surviennent néanmoins, non pas au début de la cure, mais à la fin, lorsqu'il s'agit de supprimer les derniers centigrammes. A ce moment, le morphinomane, qui vient de fournir un effort de volonté tout à fait inhabituel, se rebelle contre la moindre petite douleur, contre le plus léger malaise, et, parfois, le bénéfice de toute une longue cure est définitivement perdu en une seule journée de découragement.

II. — Pour parer aux inconvénients de la méthode lente,

Levinstein a imaginé une méthode radicalement différente, celle de la *suppression brusque* et totale. C'est, pourrait-on dire, le traitement des sergents de ville, c'est à-dire que le malade ainsi traité se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'un morphinomane arrêté à la suite de quelque délit, conduit en prison, strictement fouillé, et qui, privé de sa seringue et de sa provision de morphine, présente parfois dans sa cellule les plus graves symptômes d'abstinence, pouvant même aller jusqu'à la mort. Il est vrai que dans la cure par suppression brusque, les conditions ne sont pas tout à fait les mêmes. En effet, un tel traitement ne peut être entrepris que si le malade est isolé dans un établissement spécial, où, d'une part, il sera dans l'impossibilité de se soustraire à la discipline thérapeutique, si douloureuse soit-elle, et où, d'autre part, il pourra recevoir *instantanément* les soins réclamés souvent par des accidents d'une gravité redoutable. Le malade est dans une chambre dont il ne sort pas. Le médecin, pendant plusieurs jours, ne peut quitter cette chambre ni jour ni nuit ; « il doit veiller continuellement sur son malade, opposer une résistance inflexible à ses supplications et à ses menaces, parer à des tentatives d'évasion ou même de suicide, déjouer toutes les ruses qu'il met en œuvre pour se procurer clandestinement de la morphine et en même temps se tenir prêt à conjurer de suite, par une prompt injection, toute menace sérieuse de collapsus ».

Le seringue de Pravaz doit toujours être remplie de la solution de morphine, à portée de la main du méde-

cin. Et seule la plus grande promptitude dans cette injection, pourra ranimer comme par enchantement le morphinomane soudainement moribond, en état de collapsus cardiaque avec symptômes cholériformes, diarrhées profuses, refroidissement et cyanose des extrémités, pouls filiforme, etc.

Le grand avantage de cette méthode est sa grande rapidité : en quatre ou cinq jours, le malade est débarrassé radicalement d'une dose de morphine que la méthode lente aurait mis des mois à supprimer. En revanche les inconvénients sont nombreux et redoutables puisqu'il y a même danger de mort. Plusieurs cas mortels ont été signalés, mais on s'explique aisément que beaucoup de ces issues fatales n'aient pas été publiées. Il est certain qu'une méthode aussi brutale ne peut s'appliquer qu'à des sujets encore vigoureux, jeunes, néomorphinomanes, c'est-à-dire intoxiqués depuis peu de temps, cinq ou six mois par exemple, et à petites doses. Dans ces cas la méthode de la suppression brusque peut offrir des avantages ; mais il faut toujours avoir bien soin de choisir ses sujets et de n'exposer à ces graves accidents de collapsus que des individus dont l'appareil cardio-vasculaire est absolument intact. D'ailleurs, même dans les cas les plus favorables, il ne faut pas penser qu'avec la suppression de la morphine on a réalisé la guérison définitive de la morphinomanie. M. Sollier, qui eût souvent l'occasion d'appliquer la suppression brusque, convient qu'il est absolument indispensable de faire suivre les quatre ou cinq premiers jours, si redoutables et douloureux, de la démorphinisation d'une longue con-

valescence d'au moins deux mois, destinée à débarrasser le malade de toute la morphine dont étaient imprégnés depuis si longtemps ses tissus. On ne peut guérir en quatre jours une intoxication qui dure depuis des années ; pour que le malade ait quelque chance de ne pas récidiver il est tout à fait essentiel de modifier complètement son organisme somato-psychique par un isolement qui ne saurait être inférieur à deux mois.

III. — Outre les deux méthodes extrêmes de la suppression lente et progressive et de la suppression brusque, Erlenmeyer a proposé une *méthode intermédiaire, rapide ou demi-lente*, et participant à la fois de l'innocuité relative de la méthode lente et de la rapidité de la méthode brusque. Tout d'abord, on supprime d'emblée la moitié de la dose initiale. On a soin de ne pas supprimer les injections précédant les repas et la nuit, afin de conserver autant que possible au malade l'appétit et le sommeil. Au bout de quelques jours, et les premiers symptômes d'abstinence s'étant amendés, on réduit à nouveau la dose de moitié, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la ration de morphine soit devenue assez faible pour être supprimée radicalement. De la sorte on obtient la démorphinisation totale en six, huit ou dix jours, suivant l'ancienneté et le degré de l'intoxication, suivant aussi l'état du système nerveux, du cœur, des vaisseaux, etc.

L'avantage de cette méthode est qu'on n'a pas à redouter avec elle les accidents si terribles de la méthode brusque, le collapsus, la mort subite. En outre, les symptômes d'abstinence, s'ils sont parfois plus intenses que dans la méthode lente, sont souvent combattus

efficacement par une pratique médicale très importante, conseillée depuis longtemps par Oscar Jennings et qu'Erlenmeyer a décrite récemment. On sait que, d'après Alt, une partie de la morphine administrée en injections hypodermiques s'élimine par l'estomac. Pendant tout le cours de l'intoxication le passage continu de la morphine par les glandes de la muqueuse stomacale finit par diminuer considérablement la sécrétion d'acide chlorhydrique. Au contraire, pendant le servage morphinique, les glandes stomacales, ne se trouvant plus sous l'influence inhibitoire du poison, se mettent à sécréter avec une abondance excessive un liquide gastrique notablement hyperacide. Telle serait la cause d'un grand nombre de symptômes physiques de l'abstinence : vomissements, diarrhée, insomnie, douleurs lombaires, etc. Hitzig, en vidant l'estomac d'un malade à l'aide de la sonde et en y introduisant de l'eau alcaline pour neutraliser le suc gastrique, constata que le malade ainsi traité ne présentait aucun signe physique d'abstinence. Erlenmeyer appliqua cette pratique et obtint les mêmes effets en faisant ingérer au malade environ un litre d'eau alcaline. C'est ce qu'il appelle la « *démorphinisation chimique*. »

En résumé, nous constatons qu'aucune des méthodes extrêmes pour la cure de la morphinomanie ne peut être généralisée, ni donner des succès constants. La méthode d'Erlenmeyer est la plus fréquemment employée, ses avantages sont considérables ; mais encore une fois il semble que dans ces trois méthodes classiques on ait surtout été préoccupé de supprimer la morphine, sans

s'inquiéter suffisamment peut-être de l'état mental du malade chez lequel on pratiquait cette suppression. Assurément les sytômes d'abstinences ont une origine organique incontestable ; le résultat obtenu par O. Jennings, Hitzig, Erlenmeyer, par la méthode exclusivement physique des lavages d'estomac, atteste suffisamment cette origine somatique. Toutefois le traitement moral de la morphinomanie peut exercer parfois une remarquable influence sur la production non seulement des troubles psychiques, mais aussi des désordres somatiques. C'est pour compléter heureusement cette méthode de la suppression mi-lente, que M. Joffroy a cherché à établir la *psychothérapie* de la morphinomanie.

DEUXIÈME PARTIE

La méthode psychothérapique de Joffroy. Ses avantages.

Cette méthode de traitement a surtout été appliquée jusqu'ici dans le service de Clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne. Toutefois, malgré les difficultés beaucoup plus grandes, les mêmes principes thérapeutiques ont pu être appliqués par M. le professeur Joffroy, soit dans une maison de santé ouverte, soit même à domicile. Quoi qu'il en soit, nous étudierons surtout ici le traitement de la morphinomanie tel que nous l'avons vu pratiquer dans le service de M. Joffroy à l'asile Sainte-Anne.

Quand un morphinomane se présente à la Clinique pour demander à se guérir de son affection, M. Joffroy ne manque jamais de lui tenir un petit discours assez semblable au suivant :

« Pour entreprendre votre traitement sous notre direction, vous devrez, Monsieur, vous soumettre aux conditions suivantes : pendant toute la durée de la cure qui sera longue, vous ne recevrez aucune visite ; toutes les lettres que vous écrirez ou que vous recevrez seront

lues par nous ; vous ignorerez absolument les différentes phases du traitement et vous devrez vous soumettre strictement à la discipline commune qui vous sera imposée. D'ailleurs vous n'éprouverez aucune douleur, parce que nous ne chercherons à supprimer votre morphine qu'après une longue période préparatoire destinée à vous mettre en état de supporter le traitement sans inconvénient. »

Souvent les morphinomanes s'effraient d'un tel discours, et plusieurs sont venus chercher ces explications qui ne revinrent pas pour entrer définitivement. En effet, de tels engagements sont bien propres à alarmer la susceptibilité du morphinomane, qui craint toujours que le traitement le fasse souffrir, qui réclame sans cesse des explications sur la cure qu'on lui fait subir et qui surtout consent difficilement à se priver de la ressource ultime d'un visiteur familial aisément corruptible.

Ainsi s'établit de soi-même un premier déchet, non regrettable, de malades sans volonté et qu'aucune méthode de traitement ne réussirait à guérir.

Ainsi, d'autre part, le malade qui entre à la Clinique est d'avance prévenu de la rigueur du traitement. Pourtant, malgré ce discours prémonitoire, la première journée à l'asile fait souvent oublier au morphinomane ses meilleures résolutions : assez fréquemment, il s'agit d'un malade appartenant à une classe sociale un peu plus élevée que la clientèle habituelle des aliénés du service ; le morphinomane s'effraie du contact avec des aliénés plus ou moins délirants, plus ou moins agités ; il se désole à l'idée de coucher dans un dortoir commun, de ne

pas avoir la chambre particulière qu'il espérait, d'être soumis à la discipline de repas en commun et à heure fixe, d'un coucher et d'un lever précoces, etc. Et le lendemain, à la visite, il se déclare résolu à rentrer chez lui. Certains quittent en effet le service ; mais le plus souvent, il suffit de causer un peu avec eux, de leur montrer quelque affection, d'insister sur l'utilité de cette discipline rigoureuse, pour les convaincre et les retenir. Nous gardons le souvenir d'un morphinomane très cultivé qui s'était résolu, après de nombreuses hésitations, à entrer dans le service et qui le lendemain vint affirmer sa volonté de partir : ses voisins de lit étaient trop grossiers, la nourriture était insuffisante, on n'avait pas voulu lui donner une lampe pour travailler la nuit, etc. etc. Après une demi heure d'une conversation aussi persuasive que possible, le malade, qui s'était d'abord soulagé en pleurant au souvenir de sa triste situation, était tellement convaincu de l'utilité des mesures thérapeutiques auxquelles on le soumettait qu'il trouvait, pour caractériser cette nécessité, une expression d'une justesse très littéraire : « Je comprends, dit-il, qu'il me faut acquérir de nouvelles *assuétudes physi-ques*. »

Au bout de quelques jours, le malade le plus intraitable est généralement devenu d'une docilité exemplaire, à laquelle il ne serait jamais parvenu s'il n'avait pas été entièrement isolé de son entourage habituel.

Le lendemain de son entrée dans le service, le morphinomane est examiné au lit soigneusement, des pieds à la tête, appareil par appareil. On note en particulier

l'état du cœur et des vaisseaux, les troubles urinaires, les modifications des réflexes, l'état de la peau, etc. A ce moment on rappelle au malade qu'avant de lui faire subir aucune tentative de démorphinisation, on va s'efforcer de le mettre en état de supporter cette suppression sans douleur et sans aucun inconvénient. En même temps on le prévient qu'on répartira désormais sa dose de morphine en un nombre limité et invariable d'injections, pratiquées toujours aux mêmes heures. Cette période préparatoire sera longue : il est nécessaire qu'il se repose, qu'il soit soumis à un régime particulier. « Quand vous aurez engraisé d'un ou deux kilos, alors seulement nous commencerons la diminution de la morphine ».

A l'avenir il n'y a plus grand intérêt pour le médecin à causer beaucoup avec le morphinomane ; tous les matins à la visite, on l'examine, on l'interroge brièvement, et on passe, peu soucieux d'être retenu par quelque interrogation sur la date où commencera la démorphinisation ou sur quelque autre détail du traitement.

En effet c'est le caractère le plus important de la méthode psychothérapique de tenir le malade tout à fait dans l'ignorance du traitement qu'il subit : la démorphinisation doit être faite entièrement *à l'insu* du morphinomane, et même de son entourage, dût-on pour cela recourir au mensonge.

Voici comment M. Joffroy a réalisé dans son service ce tour de force de réaliser la démorphinisation d'un malade, sans que celui-ci s'en doute, et sans qu'aucune

indiscrétion puisse être commise par les infirmiers ou même les médecins qui le soignent.

Nous avons dit que le morphinomane, dès son entrée, ne recevait plus qu'un nombre limité d'injections : ce nombre peut varier, on le fixe d'accord avec le malade ; il est habituellement de quatre ou cinq injections par jour. Mais, une fois fixé, ce nombre restera absolument invariable jusqu'à la sortie du malade ; *du premier au dernier jour du traitement, il recevra exactement, par exemple, ses quatre injections quotidiennes.* De plus, ces quatre injections seront pratiquées par le médecin ou l'infirmier, toujours aux mêmes heures ; ces heures seront fixées à la convenance du malade, qui naturellement se réserve toujours une injection précédant les repas et la nuit, pour ménager un appétit et un sommeil qu'il sait impossibles sans morphine. Mais une fois fixées, ces heures ne pourront être sous aucun prétexte modifiées ; et *jusqu'au dernier jour du traitement, le malade recevra, par exemple, ses quatre injections à 7 heures, 11 heures, 6 heures et 11 heures.* Cette discipline dans les injections est tout à fait essentielle pour tenir le malade dans l'ignorance des différentes phases du traitement.

Si le nombre et les heures des injections de morphine sont strictement réglées d'une façon invariable, cela n'empêche pas que les doses de morphine soient modifiées progressivement : *la quantité de liquide injecté ne varie pas, elle reste toujours du premier au dernier jour de quatre centimètres cubes.* Mais le titre de la solution

injectée diminue progressivement de la manière suivante :

Quand un morphinomane entre à la clinique, on lui demande toujours quelle dose de morphine il s'injectait. Toujours il avoue une dose bien plus considérable que celle qui lui était habituelle, soit par mensonge, dans le but de prévenir les souffrances qu'il redoute d'une démorphinisation trop rapide, soit parce que, résolu à se faire traiter, il a du moins voulu, le dernier jour, s'accorder une satisfaction ultime en augmentant considérablement la dose courante. Dans cette dose avouée par le malade, M. Joffroy distingue une *dose de luxe* et une *dose d'entretien*. Chez tout morphinomane, la dose d'entretien ne doit être supprimée qu'en prenant de grandes précautions. Mais, au contraire, la dose de luxe peut être supprimée d'emblée et sans aucun traitement préparatoire. Par conséquent, dès son entrée dans le service, le malade reçoit une dose de beaucoup inférieure à celle qu'il avoue s'être injectée la veille : *Généralement, la ration d'entretien ne dépasse pas trente à cinquante centigrammes de morphine* ; tout ce qui dépasse cette dose, c'est du luxe, et un luxe dont on peut s'abstenir sans souffrir. Ainsi en serait-il, pour reprendre une comparaison familière à M. Joffroy, de l'homme affamé qu'on priverait sans trop d'inconvénients, non de ses plats substantiels, mais simplement d'un dessert superflu.

Par exemple, un vieux morphinomane déclare que depuis des années il s'injecte tous les jours 2, 3, 4, 5 grammes de morphine. D'emblée et sans aucun dan-

ger, on peut réduire cette dose, d'ailleurs souvent exagérée, à 50 centigrammes, souvent même à 30. Au bout de six à huit jours, au lieu de 30 centigrammes, on n'en injecte plus que 20 ; puis, progressivement, on abaisse la dose à 15, 10, 8, 6, 4 centigrammes, etc. Aucun symptôme marqué d'abstinence n'est observé tant qu'on injecte une dose quotidienne d'au moins 10 centigrammes. Au-dessous de cette dose, et quand on est sur le point de supprimer les derniers centigrammes, on observe parfois quelques symptômes toujours très atténués.

Dans cette *diminution progressive des doses de morphine, sans changement dans la quantité du liquide injecté*, la grande difficulté est de préparer chaque jour une solution différemment titrée mais toujours de volume égal. Dans le service de M. Joffroy, ce travail très minutieux est confié habituellement à M. Serveaux, chef du laboratoire de physiologie pathologique à la clinique des maladies mentales. Cette attribution présente des avantages multiples : tout d'abord le titrage des solutions se fait d'une manière extrêmement précise et consciencieuse ; ensuite M. Serveaux, travaillant dans son laboratoire, situé dans un local différent des salles de malades, n'a pour ainsi dire aucun contact avec le service hospitalier de la Clinique et se trouve ainsi à l'abri de toute indiscretion. Dans son laboratoire, il remplit chaque jour un même flacon jusqu'au même niveau d'une solution titrée suivant un tableau-programme dressé à l'avance par M. Joffroy, M. Serveaux ignore absolument le malade auquel est destinée la solution qu'il

prépare. Et, d'autre part, le chef de clinique et l'interne qui surveillent chaque jour le morphinomane, aussi bien que le surveillant et l'infirmier qui lui pratiquent ses quatre invariables injections à heures fixes, restent tous dans l'ignorance absolue du titrage de la solution. Chaque jour, M. Serveaux place dans une armoire, dont il a la clef, un flacon que seul le surveillant pourra y prendre à l'aide d'une autre clef. Et grâce à ces menues précautions qui peuvent paraître superflues, mais qui en réalité sont tout à fait indispensables, le malade reste nécessairement dans l'ignorance du traitement auquel il est soumis : aucune indiscretion ne peut être commise par des médecins ou des infirmiers qui sont aussi peu au courant que le malade lui-même des différentes phases du traitement, grâce à cette séparation d'un laboratoire et d'un service qui s'ignorent l'un l'autre.

C'est un fait en apparence assez singulier que le traitement d'un morphinomane puisse être dirigé et surveillé par un chef de service qui ne connaît pas la dose de morphine injectée à son malade. Pourtant il en est ainsi dans le service de la Clinique, et M. Joffroy lui-même raconte plaisamment qu'il lui est arrivé plusieurs fois d'oublier le programme de démorphinisation qu'il avait soumis au début de la cure à M. Serveaux, si bien qu'il ne savait plus au juste, à une certaine date, si son malade recevait encore de la morphine ou seulement du sérum artificiel.

Cette ignorance de tout l'entourage du malade n'a pour but que d'être partagée par le malade lui-même. Et très souvent celui-ci reçoit depuis plusieurs jours ses

quatre centimètres de sérum artificiel, toujours aux mêmes heures, sans se douter que la démorphinisation est déjà commencée.

Pourtant, lorsqu'il s'agit de supprimer les derniers centigrammes, lorsque le malade ne reçoit plus que 5, 4, 3, 2, 1 centigramme de morphine, il ressent parfois une certaine inquiétude, un léger malaise, qui lui font penser que la période de préparation qu'on lui a dit devoir être longue, est sur le point de prendre fin. Mais qu'on compare ces quelques symptômes, si légers et si éphémères, qu'ils passent le plus souvent inaperçus, avec ceux qu'éprouverait le même malade, s'il était averti qu'on va lui supprimer ses derniers centigrammes de morphine. Dans ce dernier cas, les troubles sont si accentués, qu'on est souvent forcé, avec les méthodes habituelles, de retourner en arrière, d'augmenter la dose et de perdre ainsi tout le bénéfice d'un long traitement antérieur. Tous les morphinomanes savent que la démorphinisation ne va pas sans douleurs ; et comme le morphinomane est devenu, sous l'influence de son intoxication, un sujet d'une hyperesthésie extrême, il a une grande épouvante de ces douleurs qu'il croit nécessairement liées à toute méthode de traitement. Aussi, lorsqu'arrive la fin de la cure, dans la méthode lente et progressive habituelle, le malade qui n'a jamais cessé d'être au courant de toutes les phases de son traitement, se prépare à souffrir et exalte encore cette sensibilité douloureuse par son *attente anxieuse*.

On comprend maintenant l'extrême importance de ce principe essentiel de la méthode psychothérapique, qui

consiste à pratiquer la démorphinisation à l'*insu du malade*.

Toutes ces mêmes précautions qui semblaient excessives, tous ces détails techniques particuliers, on en voit maintenant l'absolue nécessité.

Mais il y a plus encore, et l'ignorance dans laquelle se trouve placé le morphinomane avec la méthode de M. Joffroy, ne supprime pas seulement les douleurs de la démorphinisation, mais encore en atténue considérablement la plupart des autres accidents.

Dans l'éréthisme cardio-vasculaire si fréquent à la période d'abstinence, l'influence névropathique exerce aussi son action, et l'on s'explique que les palpitations soient beaucoup plus rares chez des morphinomanes qui ignorent à quelle période de traitement ils se trouvent.

De même, ces symptômes cholériformes qui, dans la méthode de suppression brusque, pouvaient atteindre une gravité parfois mortelle, sont habituellement représentés chez les malades de la Clinique de M. Joffroy, par une ou deux selles diarrhéiques. Tel fut le cas, en particulier, du malade de l'observation I, qui présenta juste un peu de diarrhée le jour où on lui supprima son dernier centigramme de morphine.

Ainsi, l'on voit que la méthode psychothérapique exerce son influence non seulement sur les symptômes psychiques, mais encore sur les symptômes somatiques de la période d'abstinence.

Nous avons dit que certains malades pouvaient être complètement démorphinisés sans même qu'ils s'en doutent.

M Joffroy nous a même rapporté l'histoire plaisante d'un des premiers malades donnés au traitement psychothérapique, un ingénieur étranger, et qui, malgré les assurances formelles, refusait de croire qu'il ne recevait plus de morphine. Ayant déjà été démorphinisé par les autres méthodes, il ne pouvait imaginer que sa démorphinisation eût pu se faire sans douleur et sans qu'il s'en doutât.

Toutefois, on n'obtient pas toujours une ignorance aussi persistante. A la fin de la cure, en particulier, l'attention toujours en éveil d'un morphinomane déjà reposé et engraisé ne peut être trompée que par des ruses multiples.

Par exemple, le malade sait que les solutions de morphine ont une saveur amère ; et, quand il soupçonne qu'on ne lui injecte plus de morphine, il ne manque jamais de recueillir, avec son doigt, la dernière goutte laissée par la piqûre et de la porter à sa bouche pour en constater la saveur. Il faut donc avoir soin d'ajouter à la solution un peu de strychnine, ou bien encore de la gentiane, des gouttes amères, etc. La gentiane, en particulier, est recommandable, parce que, outre l'amertume, elle communique au liquide une légère coloration jaunâtre, assez analogue à celle des solutions de morphine.

Le vieux morphinomane a encore un autre moyen de reconnaître qu'une injection hypodermique ne contient plus de morphine : c'est lorsque cette injection lui occasionne une douleur, inconnue avec les solutions contenant l'alcaloïde. Pour prévenir cette reconnaissance, il

est un moyen bien simple qui est constamment employé dans le service de M. Joffroy : il suffit de remplacer les injections d'eau distillée pure, toujours douloureuses, par des injections de sérum artificiel, de sérum d'Hayem, par exemple, ou de tout autre sérum isotonique. Comme les solutions de morphine préparées par M. Serveaux le sont toujours à l'aide de ce même sérum artificiel, il s'en suit que le passage des injections toxiques aux injections de sérum pur ne peut être reconnu par quelque différence dans la douleur.

C'est seulement à l'aide de toutes ces précautions, dans la préparation des solutions à injecter et de cette discipline dans la pratique d'injections en nombre, et à des heures invariables, que l'on parviendra à démorphiniser un malade sans qu'il s'en doute, ou, du moins, sans qu'il présente aucun des symptômes alarmants de la période d'abstinence.

*
* *

Mais, en dehors de ce principe absolument essentiel de la méthode psychothérapique qui consiste à réaliser la *démorphinisation à l'insu du malade*, M. Joffroy n'a garde de négliger le traitement général chez les malades soumis à ces soins. Tout en pensant que l'élément psychique exerce une influence considérable sur les accidents de l'état de besoin, M. Joffroy n'en estime pas moins qu'il est très important de ne pratiquer la diminution de la ration d'entretien que chez les morphomanes en très bon état. C'est pourquoi il affirme l'im-

portance d'un traitement préparatoire. Le morphinomane arrive souvent dans le service dans un état lamentable, amaigri, anémié, le teint pâle et blafard, parfois avec de vastes collections purulentes sous-cutanées, déterminant une fièvre hectique, d'autres fois avec une gastrite éthylique, une myocardite chronique, de l'albuminurie, etc. Chez de tels malades, il y aurait un véritable danger à pratiquer sans préparation une cure radicale, ce sont de tels malades que la suppression brusque exposerait à des accidents d'une gravité sans doute mortelle.

Tout morphinomane entrant à la Clinique est réduit d'emblée à la ration d'entretien, soit habituellement à une dose quotidienne de morphine variant entre 50 et 30 centigrammes. La suppression, dès le premier jour, de la dose de luxe n'est jamais suivie d'accident. D'emblée aussi on supprime tous les agents toxiques associés à la morphine : alcool, éther, cocaïne, chloral, etc. Aucun accident n'est à redouter de ce côté non plus, car les symptômes de l'état de besoin sont le privilège exclusif de la morphine : à plusieurs reprises, nous avons vu des malades qui avouaient consommer chaque jour plusieurs grammes de morphine et de cocaïne et qui, réduits brusquement à 50, 40 ou même 30 centigrammes de morphine, n'éprouvaient pas le moindre malaise.

Mais, avant de commencer la diminution de cette ration d'entretien, il est nécessaire de s'assurer que l'organisme n'en souffrira pas. D'où la nécessité de cette période préparatoire, dont on allonge volontairement la durée pour le malade, mais qui réclame en réalité plusieurs

jours ou plusieurs semaines, suivant les cas. S'il y a des abcès sous-cutanés, il faut les ouvrir et les panser antiseptiquement ; s'il y a de l'albuminurie, on mettra le malade au régime lacté ; si le pouls est faible ou irrégulier, on prescrira du thé, du café, de la spartéine à doses modérées (O. Jennings) ; s'il existe des symptômes gastro-intestinaux, on mettra le malade au régime de l'eau et du lait, on lui donnera des eaux alcalines (Vichy), on lui lavera l'estomac, etc., etc. De toute façon on insistera sur la nécessité d'un repos au lit prolongé et sur l'utilité d'un traitement méthodique par l'hydrothérapie. Il faudra placer le malade dans les meilleures conditions hygiéniques ; éviter tout surmenage, toute préoccupation intellectuelle ou morale, toute fatigue physique, et conseiller néanmoins un exercice modéré au grand air. Dès qu'il sera possible, on cherchera à le suralimenter, on lui prescrira de la viande crue, un régime tonique et reconstituant ; et, quand on verra se produire une augmentation de poids, on aura l'indice certain que l'état de résistance organique est suffisant pour qu'on puisse songer à diminuer la ration d'entretien.

Alors seulement on diminuera la dose initiale de 50 ou 30 centigrammes, avec l'assurance de ne déterminer aucun accident. La suppression se fera d'une manière progressive, plus ou moins rapidement, suivant les cas et suivant les symptômes observés.

La durée totale du traitement de la morphinomanie par la méthode psychothérapique ne peut être déterminée à l'avance ; c'est toujours une question d'es-pèce, dépendant de l'ancienneté ou de l'intensité de l'in-

toxication, ainsi que de l'état de résistance organique du sujet. Mais jamais, quelle qu'ait été la durée de ce traitement, nous n'avons observé d'échec, même dans les cas les plus difficiles, même chez une malade présentant une endo-péricardite (Obs. IV), même chez une morphinomane qui prenait 5 à 6 grammes d'alcaloïde depuis vingt-huit ans (Obs. III).

Quand, enfin, après un temps variable, mais jamais inférieur à deux mois, la démorphinisation totale a été pratiquée sans aucun accident, il faut bien se garder d'annoncer immédiatement au malade que les quatre injections à heures fixes qu'on continue à lui pratiquer ne contiennent plus que du sérum artificiel. Il est bon d'attendre encore une ou deux semaines au moins, de manière à être bien assuré qu'aucun trouble ne se produira plus, et de manière aussi à augmenter la durée d'une convalescence que le malade et sa famille cherchent toujours à abréger. Comme dernière précaution, et pour être tout à fait convaincu qu'aucune supercherie n'a pu être commise, M. Joffroy recommande d'infliger trois journées de cellule au morphinomane estimé guéri : pendant trois jours, celui-ci, au sortir d'un bain, est placé et enfermé dans une des cellules pour aliénés du service (1); il ne communique absolument qu'avec l'infirmier qui lui apporte ses repas; et si, comme c'est la règle, il ne se produit pas d'accidents d'abstinence pendant ces trois jours où le malade a été manifeste-

(1) Pendant le bain on visite scrupuleusement les vêtements du malade.

ment placé dans l'impossibilité absolue de se procurer de la morphine, on peut être assuré qu'il est définitivement guéri. Après cette épreuve, que la joie de la guérison lui fait accepter d'ordinaire sans récrimination, le morphinomane peut être rendu à sa famille et à la vie libre.

Sans doute la méthode psychothérapique ne met pas nécessairement à l'abri des récidives. Toutefois, dans beaucoup de cas, la guérison se maintient d'une manière définitive, surtout chez les malades dont la prédisposition psychonévropathique n'est pas trop marquée et qui, plus encore qu'avec les autres méthodes, sont sensibles au traitement surtout moral du traitement psychothérapique.

Avec la méthode de M. Joffroy, ce n'est pas seulement l'organisme du morphinomane qui est débarrassé du poison qui imprégnait tous ses tissus ; son état mental aussi s'est modifié pendant les deux mois de cure et le rend moins apte à reprendre ses habitudes toxicomaniaques.

*
* *

Une objection a été faite au traitement psychothérapique de la morphinomanie :

M. Joffroy opère dans des conditions spéciales, dans un service d'asile fermé, d'où le malade, même entré volontairement, ne peut sortir qu'avec beaucoup plus de difficultés que dans une maison de santé ouverte. Tout le monde n'a pas le personnel spécial et bien entraîné du

service de la Clinique des maladies mentales pour surveiller des morphinomanes, ni un chef de laboratoire consciencieux et dévoué pour préparer chaque jour des solutions de morphine exactement titrées. Aussi a-t-on pensé que la méthode psychothérapique, telle que M. Joffroy l'applique à l'asile Sainte-Anne, pouvait peut être donner, entre ses mains et dans des conditions spéciales, d'excellents résultats ; mais que c'était là une méthode d'exception, nullement susceptible d'être généralisée pour le traitement de nombreux morphinomanes qui ne consentiront jamais à entrer dans un asile d'aliénés pour s'y faire traiter.

Il est certain qu'après plusieurs années d'application la méthode de M. Joffroy est aujourd'hui appliquée beaucoup plus facilement qu'au début. Mais ce n'est pas là une méthode propre au service de la Clinique, et pourvu qu'on veuille bien s'en donner la peine, il est facile de l'appliquer dans tout autre service d'asile, aussi bien que dans une maison de santé ouverte, et même à domicile.

M. Joffroy a bien voulu nous raconter comment il réussit à guérir un médecin morphinomane à son domicile même. Une première fois il échoua ; en dehors des injections faites à heures fixes, avec des solutions préparées à l'avance, le malade s'arrangeait pour s'en faire d'autres en cachette, détruisant tout l'effet de la cure. Il avoua sa supercherie et demanda à recommencer le traitement qui, cette fois, réussit pleinement. Voici comment M. Joffroy parvint à démorphiniser *à domicile et à son insu* ce médecin morphinomane : soixante flacons

d'égale contenance représentaient les solutions qui devaient être injectées régulièrement chaque jour, pendant deux mois ; ces flacons étaient numérotés de 1 à 60 ; le malade était prévenu que la démorphinisation ne commencerait qu'avec le flacon portant le numéro 40, car on estimait à dix semaines environ la durée du traitement préparatoire indispensable. Or, ces solutions étaient titrées de manière à ce que la diminution progressive de la dose de la morphine permit sa suppression totale avec le flacon portant le numéro 38. Au bout des dix semaines le malade engraisé, méconnaissable, et qui ne s'était plaint que de très légers malaises, demandait qu'on accélérât une démorphinisation qu'il savait commencée, mais qu'il ne se doutait pas être achevée déjà depuis plusieurs jours.

La méthode peut varier dans ses détails ; on peut la modifier suivant les circonstances, mais partout elle reste applicable, et son principe essentiel, de pratiquer le traitement à l'insu du malade et de son entourage, si l'on veut bien s'en donner la peine, pourra toujours être appliqué.

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION I (Inédite).

M. T..., journaliste. Entre dans le service de M. le professeur Joffroy, à l'asile clinique, le 16 avril 1905 ; demande à être traité pour sa morphinomanie.

A la suite d'émotions morales et de pertes d'argent, il a commencé depuis six mois à s'injecter de la morphine : actuellement il avoue une dose de 45 à 50 centigrammes par jour. Deux périodes antérieures de morphinisation ; traité par la suppression brusque, lors de la seconde, le malade a beaucoup souffert et redoute vivement les douleurs d'une nouvelle cure.

A l'entrée, inquiétude, réclamations sur la discipline trop rigoureuse, le dortoir commun, etc.

Le lendemain, veut partir ; mais réconforté par de bonnes paroles, se persuade vite de la nécessité des obligations auxquelles il est soumis.

Réglé dès l'entrée à 30 centigrammes par jour, répartis en trois injections : à 6 heures du matin, à midi et à 8 heures du soir.

Anorexie, un peu de diarrhée les premiers jours.

Démorphinisation progressive ;

1^{er} mai. 12 centigrammes. Bon appétit. Bon sommeil, état mental très satisfaisant ; s'occupe dans la journée, écrit des articles, corrige des épreuves, etc.

6 mai. 6 centigrammes. Sensation de froid précédant l'injection du soir. Bon état physique et mental.

9 mai. 3 centigrammes.

12 mai. 1 centigramme. Le malade demande si l'on va bientôt commencer à le démorphiniser. Très bon appétit; selles régulières; sommeil normal. Attend avec un peu d'impatience l'injection du soir.

13 mai. *Suppression totale de la morphine*; reçoit toujours ses trois injections de sérum artificiel. Deux selles diarrhéiques. légère inquiétude.

21 mai. On supprime les injections de sérum artificiel.

12 juin. Quitte le service en très bon état physique et mental.

OBSERVATION II (Inédite).

G. F..., garçon de laboratoire. Entre dans le service de M. le professeur Joffroy, à l'Asile clinique, le 7 février 1905. Morphomane depuis 1898, à la suite d'un voyage en Abyssinie.

A eu une blennorrhagie avec rhumatisme articulaire généralisé. Syphilis ancienne, alcoolisme chronique. Comme il souffrait beaucoup de ses arthrites blennorrhagiques et comme sa situation de garçon de laboratoire à la Faculté de médecine lui permettait de se procurer de la morphine, il a commencé à s'en injecter 1 centigramme et a atteint assez rapidement la dose de 50 centigrammes.

Entre une première fois à l'Asile clinique, le 10 septembre 1902, dans le service du docteur Vallon; suppression brusque; sort après un séjour de trente-sept jours, le 17 octobre 1902.

Quelques mois après sa sortie de l'Asile (février 1903), il recommence à s'injecter de la morphine à l'occasion d'une nouvelle crise d'arthropathie.

Seconde entrée à l'Asile clinique, chez M. le docteur Vallon, le 30 juillet 1903; il en sort au bout de treize jours non guéri, et malgré l'avis du médecin.

Il continue à augmenter sa dose quotidienne de morphine jusqu'à 3 grammes. y associe une dose égale de cocaïne, et entre enfin pour la troisième fois à l'Asile clinique.

Malade insociable, indiscipliné ; réclame sa sortie dès le lendemain de son entrée dans le service parce qu'on veut le maintenir au lit et l'empêcher de fumer. On réussit à le retenir.

Réglé dès l'entrée à 30 centigrammes-de morphine. Diminution progressive suivant les règles habituelles. Pas de symptômes d'abstinence, à part quelques palpitations cardiaques, quelques crampes dans les jambes et une irritabilité qui le fait protester tous les matins contre la longueur du traitement.

Sort entièrement guéri et considérablement engraisé le 21 avril 1905, quinze jours après la démorphinisation totale, dont il était resté tout à fait ignorant.

OBSERVATION III

Marguerite B..., 61 ans, sans profession. Entre le 24 juin 1904 dans le service de M. le professeur Joffroy, à l'Asile clinique.

Elle fait usage de la morphine depuis vingt-huit ans (1876 ; elle avait alors 33 ans). Une seule tentative de sevrage à Cognac, restée sans résultat.

Dose actuelle : 1 gramme.

Petite, chétive, pâle ; anorexie, insomnie ; traces nombreuses sur les téguments d'injections septiques anciennes. Eréthisme cardio-vasculaire très marqué. Palpitations.

Réglée d'emblée à 40 centigrammes sans symptômes d'abstinence.

6 juillet. Attaque d'aphasie motrice typique (5^e attaque) dont l'observation détaillée a été publiée par MM. Roy et Juquelier (1).

24 juillet. Cœur douloureux, urines rares et albumineuses.

(1) Roy et Juquelier. Aphasie motrice à répétition chez une morphinomane. *Journal de Psychol. norm. et pathol.*, janv.-fév. 1905, p. 1.

28 juillet. On commence la diminution progressive et très lente de la ration initiale d'entretien.

12 septembre. 7 centigrammes. Insomnie, anorexie, douleurs généralisées ; le cœur reste rapide et douloureux.

26 septembre. 4 centigrammes. Agitation, inquiétude.

1^{er} novembre. La malade ne reçoit plus de morphine, mais le même nombre d'injections de sérum artificiel.

15 novembre. La malade sort, mais prétend encore éprouver le besoin des injections. lesquelles sont continuées jusqu'au 20 novembre. A cette époque on lui a appris qu'elle était complètement sevrée de morphine depuis un mois et en a manifesté une grande joie.

OBSERVATION IV

(Joffroy) (1) .

Application de la méthode psychothérapique au traitement d'une morphinomane présentant des lésions cardiaques graves..

Il y a quelques semaines, un de mes collègues des hôpitaux m'adressait à l'Asile Sainte-Anne, une jeune femme atteinte de morphinomanie, qu'il renonçait à traiter dans son service, à cause de la trop grande facilité avec laquelle cette malade, échappant à la surveillance, arrivait à se procurer de la morphine, et entravait de la sorte sa guérison.

Cette malade, âgée de trente ans, a eu en quelques années quatre attaques de rhumatisme articulaire aigu, qui ont déterminé une endo-péricardite grave, de sorte qu'aujourd'hui, on constate les signes classiques d'une double lésion de l'orifice aortique, une insuffisance et un rétrécissement, ainsi qu'une dilatation manifeste de l'aorte ascendante.

A l'époque de son arrivée dans mon service, cette femme

présentait une pâleur extrême, une faiblesse excessive, et était tellement cachectique que ce n'est pas sans une certaine inquiétude sur les conséquences de l'essai que j'allais faire que j'ai entrepris la démorphinisation.

Pour atteindre ce résultat, j'ai eu recours à la méthode que j'ai décrite à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 10 novembre 1899 et que j'ai proposé de dénommer : *Méthode psychothérapique*. Je suis ainsi arrivé sans encombre à la démorphinisation et malgré la gravité de la lésion aortique, je n'ai observé aucun symptôme grave.

(1) *Annales médico-psychol.*, 1902, I, p. 259.

CONCLUSIONS

I. — La cure de la morphinomanie rencontre des difficultés particulières en raison de l'*état de besoin*, avec accidents graves et parfois même mortels, qui survient dès qu'on supprime la morphine.

II. — Toutes les méthodes classiques de traitement de la morphinomanie (suppression brusque, rapide ou lente) s'appliquent à prévenir les symptômes d'abstinence par des moyens exclusivement physiques.

III. — La *méthode psychothérapique*, instituée par M. le professeur Joffroy, sans négliger le traitement physique préparatoire de la démorphinisation, s'occupe surtout du traitement moral des morphinomanes.

IV. — Le principe essentiel de la méthode psychothérapique est que *la démorphinisation doit être faite tout à fait à l'insu du malade* et de son entourage. Pour y parvenir on emploie les procédés suivants :

a) Etablissement d'une *dose initiale* d'entretien répartie en un certain *nombre invariable* d'injections quotidiennes qui sont pratiquées *toujours aux mêmes heures*, du premier au dernier jour du traitement.

b) Diminution progressive, plus ou moins rapide sui-

vant l'état du sujet, mais toujours à son insu, de la teneur en morphine de la solution injectée.

c) Mais, jusqu'à la suppression complète et au-delà, la *même quantité de liquide* (sérum artificiel à 7 p. 1000) est toujours injectée.

V. — Le morphinomane traité par la méthode psychothérapique ne présente aucune des inquiétudes qui, chez la plupart des malades avertis des différentes phases de leur cure, exagèrent ou créent de toutes pièces les phénomènes d'abstinence. Il arrive que beaucoup sont guéris avant même d'avoir soupçonné que la démorphinisation soit commencée.

VI. — Le traitement psychothérapique de la morphinomanie dans le service de M. le professeur Joffroy, à l'Asile Sainte-Anne, a déjà fourni un nombre considérable de succès même chez des cardiaques et chez des malades intoxiqués de très longue date. Ce traitement peut également être appliqué dans les maisons de santé, voire même à domicile, pourvu qu'on veille attentivement à en observer le principe essentiel, qui est que le malade reste ignorant de sa démorphinisation.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. JOFFROY.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	5
-------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Les difficultés du traitement de la morphinomanie. Les méthodes classiques. Leurs inconvénients.....	9
--	---

DEUXIÈME PARTIE

La méthode psychothérapique de Joffroy. Ses avantages.....	21
OBSERVATIONS CLINIQUES.....	39
CONCLUSIONS.....	45

